

C 134

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

COLECISTECTOMIA ELETIVA:
ANÁLISE DE 163 CASOS

AUTOR: *LUIZ HENRIQUE COELHO

* DOUTORANDO DA 12ª FASE DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM
MEDICINA DA UFSC.

FLORIANÓPOLIS, JUNHO DE 1988.

Agradeço ao PROF^o. DR. CARLOS ALBERTO JUSTO DA SILVA por sua orientação na confecção deste trabalho, e à PROF^a. ROSEMERI COELHO NUNES, minha irmã, pelo processamento dos dados protocolares.

ÍNDICE

	pág.
I. RESUMO.....	01
II. INTRODUÇÃO.....	02
III. CASUÍSTICA E MÉTODOS.....	03
IV. RESULTADOS.....	05
V. DISCUSSÃO.....	12
VI. CONCLUSÕES.....	17
VII. ABSTRACT.....	19
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	21

I. RESUMO

Estudou-se de forma retrospectiva 163 pacientes selecionados submetidos à colecistectomia eletiva no Hospital Universitário da UFSC nos últimos 5 anos.

Verificou-se que em nosso meio predominaram os pacientes do sexo feminino (85%), brancos (98%), com idade média de 50 anos e portadores de colelitíase sintomática (97%).

As cefalosporinas de primeira geração foram os antibióticos mais utilizados (54%) na profilaxia de infecções pós-operatórias realizada em 21 pacientes.

A maioria (82%) teve o diagnóstico histopatológico de colecistite crônica, tendo permanecido hospitalizada por um período médio de 18 dias.

A ultrasonografia foi requerida em 62% dos pacientes, o colangiograma oral 42% e o venoso em 20% dos casos, contribuindo para o índice de apenas 2,1% de vesículas alitiásicas removidas.

A incisão de Lennander foi a mais utilizada (34,9%) , seguida pela mediana supra-umbilical (33,1%) e subcostal direita (29,4%). As explorações da via biliar principal estiveram associadas a 27,6% das colecistectomias e contribuíram para o aumento da permanência hospitalar.

Dos 5 acidentes transoperatórios relatados, apenas um esteve associado à complicação. A colangiografia foi utilizada em larga escala (71% das cirurgias), o que provavelmente contribuiu para uma taxa geral de 1,8% de cálculos coledocianos residuais obtidos (3 casos).

Outras complicações precoces observadas foram: infecção da ferida operatória (5), fístulas e vazamentos biliares (3), papilite (3) e abscesso subhepático (1), resultando um total de 12.26% de complicações.

Não houve óbitos.

II. INTRODUÇÃO:

A possibilidade de tratamento cirúrgico da colelitíase surgiu no século XVII quando Teckoy, em 1667, removeu a vesícula biliar de um cão e determinou que "suas funções vitais permaneceriam sem o menor distúrbio". Entretanto, só em 1767 é que Herlin, repetindo o experimento animal, recomendou sua extirpação nas doenças da vesícula biliar (3).

Desde então, a cirurgia das vias biliares extra-hepáticas teve grande progresso, sendo que a primeira colecistectomia planejada foi realizada em 1878 por J. Marion Sims (14), na qual o paciente sucumbiu por hemorragia pós-operatória.

Hoje a colecistectomia tornou-se a cirurgia mais comum entre as realizadas no aparelho digestivo. Estima-se que cerca de 450.000 vesículas são removidas anualmente nos E.U.A., e que de 15 a 20% dos adultos apresentam colelitíase (9).

Apesar da extensa experiência alcançada pela maioria dos cirurgiões gerais com este tipo de cirurgia, algumas contravérsias permanecem com relação às técnicas diagnósticas e abordagens terapêuticas.

As complicações ocorrem em cerca de 10% dos casos (9) e, em sua maioria, são representadas por infecções da ferida operatória, cálculos coledocianos residuais, fístulas e vazamentos biliares (sobretudo quando o colédoco é explorado), além de abscessos subhepáticos, papilite, icterícia e pancreatite aguda.

A escassez de publicações em nosso meio com os resultados obtidos no tratamento das afecções biliares levou-nos a realizar um estudo de 163 pacientes eletivamente colecistectomizados no Hospital Universitário da UFSC nos últimos 5 anos. Procuramos traçar um perfil epidemiológico para esses pacientes e analisar os demais resultados obtidos, comparando-os com os da literatura consultada.

III. CASUÍSTICA E MÉTODOS

Baseados na literatura, procedeu-se a elaboração de um protocolo onde constam as principais variáveis de interesse no estudo das afecções biliares.

A fim de estabelecer em nosso meio os dados epidemiológicos padrões relativos à litíase biliar e seu tratamento, realizou-se o levantamento destas variáveis, sem que, no entanto, apresente este trabalho a pretensão de analisar os resultados obtidos de cada uma "per si".

Assim, procedeu-se o estudo retrospectivo de 163 pacientes eletivamente colecistectomizados no Hospital Universitário da UFSC, no período de janeiro de 1983 a março de 1988. Aqueles cujos dados do prontuário não preenchiam os critérios protocolares foram excluídos.

Analizou-se: dados epidemiológicos, permanência hospitalar, manifestações clínicas, exames complementares, antibioticoterapia e diagnóstico histopatológico.

Em relação ao tratamento cirúrgico, ênfase foi dada à escolha da via de acesso, exploração da via biliar principal, colangiografia e acidentes transoperatórios. Os procedimentos cirúrgicos associados, o uso de sonda naso-gástrica (SNG) e a drenagem da cavidade abdominal foram incluídos neste estudo.

Um estudo mais acurado foi realizado no tocante às complicações pós-operatórias precoces, caracterizadas como sendo aquelas diagnosticadas na vigência da internação hospitalar.

A indicação da colecistectomia baseou-se em dados clínicos corroborados pelos achados de ultrasonografia, colangiograma oral e/ou venoso, eventualmente.

A bioquímica do sangue (hemograma, transaminases, bilirrubinas e fosfatase alcalina), obtida até 5 dias antes da cirurgia, auxiliou no diagnóstico de icterícia e infecção.

Todos os casos com diagnóstico histopatológico de colecistite crônica agudizada, colecistite aguda flegmonosa ou supura

tiva foram incluídos no diagnóstico de "colecistite aguda".

Consideraram-se profiláticos os antibióticos iniciados parenteralmente até 12 horas antes da cirurgia e mantidos por um período máximo de 24 horas após a mesma, em pacientes sem evidências clínicas de processo inflamatório agudo. As drogas foram escolhidas baseadas na "teórica sensibilidade" da flora bacteriana da bile a elas.

Diagnosticou-se infecção da ferida operatória quando houve saída de pus ou secreção seropurulenta através da mesma.

Foram considerados de alto risco para infecção da ferida operatória os pacientes com 3 ou mais dos seguintes critérios: (1) icterícia obstrutiva e/ou bilirrubinemia maior ou igual a 2,5 mg %, com predomínio da fração direta, (2) idade igual ou superior a 70 anos, (3) histopatologia compatível com colecistite aguda, (4) exploração da via biliar principal e (5) contagem de leucócitos no sangue periférico maior que 10.000/mm³.

As demais complicações precoces foram diagnosticadas com base nas manifestações clínicas (dor abdominal, febre ou icterícia), auxiliadas pelos achados de colangiografia através do dreno de Kehr e/ou ultrasonografia.

IV. RESULTADOS

Os dados demográficos são mostrados no Quadro I.

Nos 163 pacientes estudados houve absoluto predomínio do sexo feminino numa relação de 6:1. Sua idade média foi de 50 a nos, sendo que apenas 12,2% tinham idade superior a 70 anos. A raça branca correspondeu a 98,1% dos pacientes.

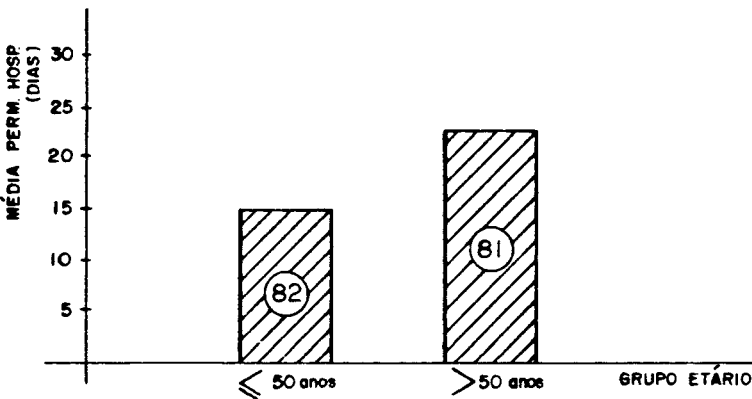
QUADRO I- Dados demográficos de 163 pacientes colecistectomizados.

DADOS DEMOGRÁFICOS	CARACTERÍSTICAS DO GRUPO
Idade , mínima / máxima	15/82
Idade > 70 anos, número/porcentagem	20/(12,6)
Sexo , número masculino /feminino	23/140
Raça, número brancos/negros	160/03

FONTE: SAME DO HU - UFSC

O tempo mínimo de permanência hospitalar foi de 5 e o máximo de 81 dias, com média geral de 18 dias. Os pacientes com idade superior a 50 anos permaneceram hospitalizados por uma média de 22 dias, enquanto que aqueles com idade igual ou inferior a 50 anos, permaneceram por 15 dias em média, conforme mostra a Figura I.

FIGURA I - Tempo médio de permanência hospitalar versus grupo etário em 163 pacientes.



FONTE: SAME DO HU - UFSC

Os sinais e sintomas apresentados em alguma fase da evolução da doença são vistos na Tabela I: Quase todos os pacientes apresentaram dor abdominal (97%), sendo que o tempo médio entre o início deste sintoma e o tratamento cirúrgico foi de 4,8 anos. Pacientes assintomáticos foram raros (2,4%).

TABELA I - Manifestações clínicas de 163 pacientes colecistectomizados.

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	PACIENTES	
	NÚMERO	PORCENTAGEM
Dor abdominal	159	97,5
Intolerância a alimentos gordurosos	106	65,0
Vômitos	89	54,6
Icterícia	39	23,9
Febre	30	18,4
Dispepsia	13	7,9

FONTE: SAME DO HU - UFSC

No pré-operatório, a bioquímica do sangue revelou que 28 pacientes (17,1%) tinham contagem de leucócitos no sangue periférico maior que 10.000/mm³, e que em 21 deles a bilirrubinemia total era maior que 2,5 mg%, com predomínio da fração direta.

Conforme a Tabela II, 85 pacientes fizeram uso de antibióticos (52,1%), dos quais 21 de forma profilática (24,7%), sendo a cefalotina o mais utilizado.

TABELA II - Antibióticos profiláticos em 163 colecistectomias.

DROGAS	PACIENTES	
	NÚMERO	PORCENTAGEM
Cefalotina	15	9,2
Ampicilina	02	1,2
Cloranfenicol	02	1,2
Cefalotina e cloranfelicol	01	0,6
Trimetropin e sulfametoxazol	01	0,6
TOTAL	21	12,8

FONTE: SAME DO HU - UFSC

A maioria dos pacientes tinha colecistite crônica litíase (82,2%). A Tabela III mostra que apenas 1 paciente teve diagnóstico de colecistite aguda necrozante; outro, de septação alitiásica da vesícula biliar, o qual havia sido suspeitado pelo colangiograma oral. Um dos casos de vesícula histologicamente normal correspondia a um paciente com ascaridíase de colédoco.

TABELA III - Diagnóstico histopatológico de 163 colecistectomias.

DIAGNÓSTICO	PACIENTES	
	NÚMERO	PORCENTAGEM
Colecistite crônica	134	82,2
Colecistite aguda	25	15,3
Vesícula biliar normal	02	1,2
Septação alitiásica da vesícula biliar	01	0,6
Colecistite aguda necrozante	01	0,6

FONTE : SAME DO HU - UFSC

Os métodos de imagem foram de grande ajuda no diagnóstico da doença biliar (Quadro II). O colangiograma oral foi realizado em 69 casos (42,3%), o venoso em 34 (20,8%), e a ultrasonografia em 102 pacientes (62,5%). Dois ou mais destes exames foram necessários em 42 casos.

QUADRO II - Métodos de imagem usados no diagnóstico dos 163 pacientes.

EXAME	PACIENTES	
	NÚMERO	PORCENTAGEM
Ultrasonografia	102	62,5
Colangiograma oral	69	42,3
Colangiograma venoso	34	20,8
Outros	0	0

FONTE : SAME DO HU - UFSC

As vias de acesso utilizadas para as colecistectomias estão relacionadas no Quadro III. A incisão de Lennander foi a mais executada (34,9%), vindo a seguir as incisões medianas supraumbelicais (33,1%) e as subcostais direitas (Kocher), em 29,4% dos casos. Outras incisões raramente foram utilizadas.

QUADRO III - Incisões cirúrgicas em 163 colecistectomias.

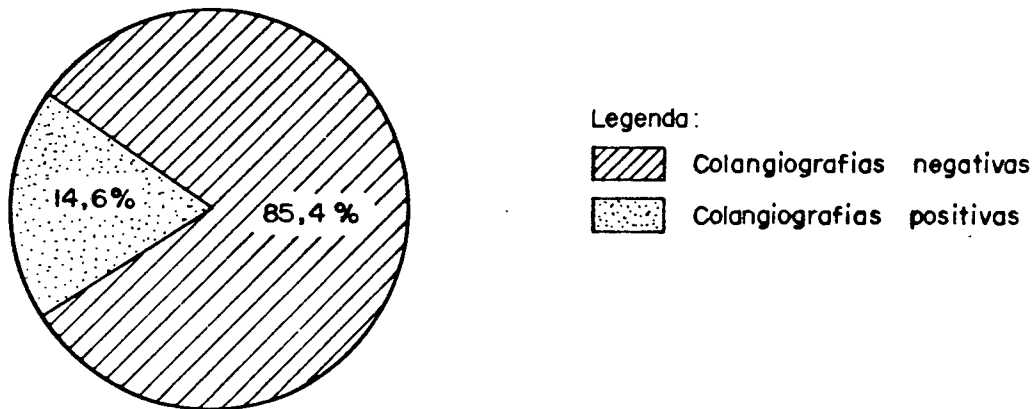
INCISÃO	PACIENTES	
	NÚMERO	PORCENTAGEM
Lennander	57	34,9
Mediana supra-umbilical	54	33,1
Kocher	48	29,4
Sprengel	03	1,8
Jalaguier	01	0,6
TOTAL	163	99,97

FONTE: SAME DO HU- UFSC

A exploração da via biliar principal foi requerida em 45 (27,6%) das 163 colecistectomias. Não foi possível determinar o número de explorações "positivas" para cálculos.

A colangiografia transoperatória se fez presente em 116 pacientes (71,1%), sendo que em 99 deles (85,4%) nenhum cálculo coledociano foi evidenciado, como mostra a Figura II.

FIGURA II - Percentual de positividade de litíase coledociana em 116 colangiografias transoperatórias.



FONTE: SAME DO HU - UFSC

O Quadro IV mostra os 5 acidentes transoperatórios relatados no decurso das 163 colecistectomias. As (1) pequenas lacerações da serosa do cólon e (2) duodeno estiveram relacionadas com a presença de um abscesso de parede, ao contrário da (3) laceração hepática, (4) do desgarro do ducto cístico e da (5) abertura accidental da vesícula biliar os quais não interferiram na morbidade (nem na mortalidade) destes pacientes.

QUADRO IV - Acidentes trans-operatórios em 163 colecistectomias.

ACIDENTES	NÚMERO	PORCENTAGEM
Laceração da serosa do duodeno	01	0,61
Laceração da serosa do cólon	01	0,61
Pequena laceração hepática	01	0,61
Abertura accidental da vesícula biliar	01	0,61
Desgarro do cístico	01	0,61
TOTAL	05	3,06

FONTE: SAME DO HU - UFSC

Os procedimentos cirúrgicos realizados em associação às 163 colecistectomias estão relacionados na Tabela IV. Nota-se que, das intervenções na via biliar principal, a coledocostomia foi a mais comum (50,9%), enquanto a coledocotomia foi o procedimento de escolha em apenas 3 pacientes (5,6%).

TABELA IV - Intervenções na via biliar associadas às 163 colecistectomias.

PROCEDIMENTO	NÚMERO	PORCENTAGEM
Coledocostomia	27	16,5
Anastomose coledoco-duodenal	13	7,9
Papiloplastia trans-duodenal	10	6,1
Coledocotomia	03	1,8
TOTAL	53	32,3

FONTE: SAME DO HU - UFSC

Drenos laminares de penrose (com saída por contra-abertura) foram mantidos no espaço sub-hepático por um período não inferior há 48 horas em 161 pacientes (99,7%).

Uma SNG foi introduzida durante o ato cirúrgico em 159 pacientes (95,5%), permanecendo em sifonagem por um tempo mínimo de 24 horas.

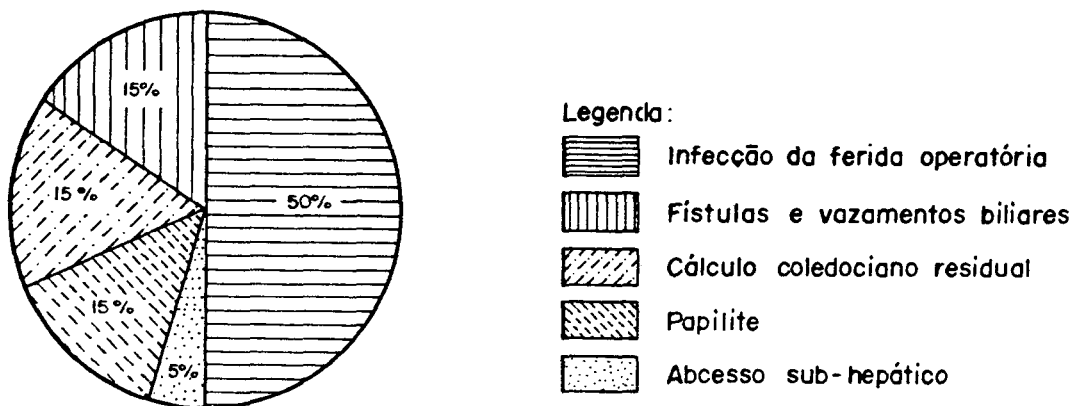
As complicações pós-operatórias precoces ocorreram em 20 pacientes (12,26%), sendo a metade delas representada por infecções da ferida operatória, como mostra a Figura III. Apenas 3 dos 10 pacientes com esta complicação eram considerados de alto risco para tal.

Cálculos coledocianos residuais correspondem a 15% das complicações precoces (3 pacientes). Em 1 caso a reoperação precoce (durante a internação) foi requerida, sendo os 2 restantes abordados de forma expectante.

Os 3 casos de papilite (Oddite), 15% das complicações, obtiveram resolução espontânea após a manutenção do dreno de Kher por até 18 dias. Um desses casos simulou a presença de cálculo coledociano residual, tendo sido este paciente reoperado precocemente por esta causa.

Fístulas e vazamentos biliares ocorreram em 3 pacientes coledocostomizados, nos quais a resolução espontânea ocorreu entre 10 e 21 dias.

FIGURA III - Distribuição das complicações pós-operatórias precoces em 163 colecistectomias.



FONTE: SAME DO HU - UFSC

O único abscesso sub-hepático diagnosticado foi tratado apenas com antibióticos sistêmicos e observação clínica.

Não houve óbitos.

V. DISCUSSÃO

Relatos de trabalhos anteriores (5) têm apontado uma incidência de doença biliar na faixa etária entre 60 e 80 anos, contrastando com a média de 50 anos obtida nesta série, onde apenas 12% dos pacientes tinham idade maior que 70 anos. Acredita-se que este fato tenha contribuído para a taxa de mortalidade de zero por cento registrada, concordando com Henry e Carey (9) que admitem uma mortalidade de 0,1 % para colecistectomias eletivas em pacientes com 50 anos ou menos. A maior incidência de colelitíase no sexo feminino e na raça branca esteve de acordo com a literatura (4,5,12).

A exploração do colédoco e o aumento progressivo da idade têm sido imputados como elementos associados ao aumento do tempo de internação hospitalar (5,15). Este fato foi observado na série estudada, sendo que a exploração do colédoco aumentou de 17 para 23 dias, em média, o tempo de hospitalização. Isto possivelmente se deve à permanência por mais de 7 dias do dreno de Kehr em alguns casos e ao grande número de doenças associadas em muitos pacientes idosos.

Há controvérsias na literatura quanto à indicação cirúrgica nos pacientes com colelitíase assintomática, no entanto, baseado na alta incidência de desenvolvimento de sintomas, complicações e no pequeno risco de carcinoma, acredita-se que, a menos que haja uma forte contra-indicação, a presença de colelitíase, sintomática ou não, seja uma indicação à colecistectomia (17,19). Nesta série foi relativamente baixa a taxa de colecistectomias por colelitíase assintomática (2,4%), quando comparada com 4,5% relatada por Briele et al ou 6% por Meyer et al (5).

Alguns autores propõem de rotina as operações precoces para colecistites agudas e outros têm mostrado redução

A incisão de Lennander é satisfatória para colecistectomia nos indivíduos magros e longelíneos; a subcostal direita é preferível para pacientes obesos e brevelíneos (13). A incisão mediana supra-umbilical também fornece boas condições para esta cirurgia. Neste estudo, as incisões longitudinais, Lennander (35%) e mediana supra-umbilical (33%) foram as mais utilizadas. Em função da falta de dados nos prontuários não foi possível a correlação desta indicação com o biotipo do paciente.

A frequência usual de exploração associada da via biliar principal é de cerca de 15 a 30% dos casos de colecistectomia (5). Esta afirmativa está de acordo com este estudo, onde 27,6% das colecistectomias associaram-se a explorações coledocianas; nestes pacientes a média de internação hospitalar subiu de 17 para 23 dias.

A colangiografia transoperatória tem indicação rotineira em alguns centros onde se admite que seu uso diminuiria o número de explorações desnecessárias da árvore biliar, bem como de cálculos residuais (5). Outros autores argumentam, entretanto, que esta conduta aumenta os gastos e os riscos de contaminação, prolonga o tempo cirúrgico, apresenta problemas técnicos frequentes, tendo este exame difícil interpretação em alguns casos.

Assim, sua indicação passou a ser mais criteriosa para estes, de modo que se apenas o parâmetro " colédoco dilatado " for utilizado, somente 20% de todos os pacientes necessitam deste exame. A associação com outros critérios (cístico largo, níveis elevados de bilirrubinas e fosfatase alcalina) reduz à metade este percentual (21). No presente estudo foram requeridas 116 colangiografias (71%), demonstrando que parece ter havido uma indicação deliberada na realização deste exame, e uma tendência em nosso meio a sua adoção rotineira nas colecistectomias, uma vez que os critérios citados não foram previamente estabelecidos.

da morbidade e mortalidade pelo retardo da cirurgia por um período de várias semanas, após a resolução do ataque agudo (17); a colecistectomia de emergência quase nunca está indicada, ficando restrita aos casos de coleperitônio e trauma. As vantagens e desvantagens de cada abordagem estão relativamente bem expostas na literatura.

Todos os pacientes com colecistite aguda, confirmada à histopatologia, foram operados entre o 2º e o 18º dias, denotando a preferência em nosso meio pela cirurgia precoce para esta afecção. Por outro lado, este tipo de abordagem foi acompanhada, entre nós por taxas de morbidade relativamente altas (20% de complicações) quando comparada com as obtidas por Ganey et al (5) que preconizam sua realização nas primeiras 48 horas.

Níveis altos de bilirrubinas e leucócitos no sangue, quando associados a outros fatores de risco, frequentemente se relacionam a complicações (6). A elevação dos níveis de fosfatase alcalina documentada nos seis meses antes da cirurgia pode ser usada como critério para exploração do colédoco (21). Nosso estudo não permitiu uma avaliação adequada desses parâmetros.

O uso de antibióticos profiláticos não reduziu a incidência de complicações infecciosas como sugerem alguns (19). Ao contrário, esta incidência foi maior naqueles que receberam profilaxia do que nos que não receberam (9% versus 6,4%, respectivamente), concordando com relatos de Garibaldi et al (6), os quais demonstraram também haver altas taxas de resistência bacteriana em relação ao antibiótico usado na profilaxia. Estudos randomizados utilizando culturas transoperatórias da bilê, reavaliação do antibiótico utilizado e padronização do esquema de profilaxia são necessários para melhor julgar esses dados em nosso meio.

Vesículas histologicamente normais foram removidas em 1,2% dos casos, comparados com 2,3% relatados por Bellinger e Haff (5). Os métodos de imagem relativamente modernos parecem haver contribuído para esta alta precisão no diagnóstico pré-operatório.

Em estudos na Escandinávia a incidência de lesões da via biliar principal em colecistectomia variou de 0,19% a 0,30%, sendo consideradas as complicações de maior gravidade desta cirurgia (1). Um pequeno desgarro do cístico do colédoco foi a única lesão accidental da via viliar descrita em nossa série, cujo paciente evoluiu sem complicações.

Por causa da possibilidade de acúmulos, vazamentos e fístulas biliares, advoga-se a drenagem rotineira do quadrante superior direito com drenos de Penrose. Os que se opõem à drenagem utilizam drenos para colecistite aguda, pacientes debilitados e imunossuprimidos. A retirada destes drenos em 48 horas, quando a drenagem não é significativa, não acarreta qualquer aumento na incidência de complicações (14). A drenagem rotineira pós-colecistectomias foi também a conduta preferida nesta série (98,7%), onde apenas dois pacientes foram tratados sem drenos, evoluindo favoravelmente. Estudos prospectivos são necessários para reavaliar essas condutas em nosso meio.

Nos últimos anos a incidência geral de complicações pós-colecistectomias tem sido de até 10% dos casos (9). Ganey et al (5), numa revisão de 1.035 cirurgias encontrou 3,2% de complicações precoces. Esses dados contrastam com a taxa de 12,2% obtida neste estudo, uma incidência considerável em se tratando de cirurgias eletivas em pacientes com cinquenta anos de idade, em média, tendo a maioria (82%) o diagnóstico de colecistite crônica e raramente uma cirurgia mais extensa associada.

Antes da introdução e uso em larga escala da antibioticoterapia profilática, as taxas de infecção da ferida operatória variavam de 10 a 20% (6); hoje são da ordem de 2% para colecistectomias "simples" e aumentam para 8% quando há exploração associada da via biliar principal (9). A colangiografia parece não interferir nestes percentuais.

No grupo apenas colecistectomizado obteve-se taxas de infecção da ferida cirúrgica equivalentes ao dobro da relatada em outros estudos (9); paradoxalmente, nos pacientes submetidos à exploração da via biliar essas taxas foram semelhantes às relatadas na literatura. Este fato talvez se deva à presença de um maior número de fatores de risco (contagem de leucócitos maior que 10.000 por mm³, idade superior a 70 anos, icterícia colestática, etc.) associados ao primeiro grupo de pacientes.

A incidência de litíase residual de colédoco vem tendo um importante decréscimo desde o advento da colangiografia, agora associada, em alguns centros, à coledocoscopia transoperatória. Glenn (8), numa revisão de 16.700 operações observou uma taxa de 1,1% desta complicação quando da colecistectomia "simples" e de 4,3% nos casos de exploração da via biliar associada. Os percentuais obtidos de 0,8% e 4,4% para colecistectomia apenas e com exploração associada do colédoco, respectivamente, foram muito semelhantes aos relatados por Glenn. Talvez seja essa uma das vantagens do uso em larga escala da colangiografia transoperatória.

A passagem intempestiva de sondas e/ou dilatadores (correspondentes a Bakes 6-7) causa intensa hemorragia e edema local (Oddite), levando à estenose na convalescência com subsequente aumento da pressão na via biliar principal (16). Isto pôde ser observado em 3 pacientes (1,8%), um dos quais foi desnecessariamente reoperado na suspeita de cálculo residual encravado na papila.

As fístulas e os vazamentos biliares para a cavidade abdominal são complicações passíveis de ocorrer, tanto nos colédocos drenados, como nos não drenados; o que difere é a gravidade nessas duas situações: nos colédocos drenados a bile tem menor oportunidade de se coletar ou de se disseminar, pois já existe o trajeto fistuloso (18).

Apesar da coledocostomia estar presente nos três pacientes que tiveram esta complicação, um volume considerável de bile foi coletado pelos Penroses, questionando mais uma vez a importância desses drenos deixados rotineiramente quando das colecistectomias.

Assim, quando a bile, serosidade, linfa ou exsudato peritoneal coletam-se no espaço subhepático ou subfrênico direito, o paciente pode evoluir para formação de abscesso nesses locais. Quando houver de início drenagem para o exterior, essa coleção líquida desaparece em alguns dias e o paciente se reestabelece (18). Parece ter sido esta a evolução do único abscesso relatado (0,61%) no pós-operatório das 163 colecistectomias estudadas.

Pancreatite aguda, hemorragia e icterícia são outras complicações precoces eventualmente presentes após colecistectomias.

Num estudo de 840 pacientes submetidos a esta cirurgia revistos por Bardenheier (2), 4% desenvolveram manifestações clínicas sugestivas de pancreatite aguda no pós-operatório precoce. Apesar de não se ter determinado rotineiramente a amilaseemia logo após as cirurgias, nenhum dos pacientes desta série desenvolveu quaisquer manifestações clínicas que sugerissem esta complicação. Da mesma forma, não houve nenhum relato de hemorragia ou icterícia pós-operatória, nem mesmo naqueles cálculos residuais de colédoco.

VI. CONCLUSÕES

- 1- A maior incidência de colelitíase foi em pacientes femininos, brancos, com idade média de 50 anos.
- 2- A exploração da via biliar principal e a média de idade acima de 50 anos estiveram associadas ao aumento do tempo de permanência hospitalar, que foi de 19 dias em média.
- 3- A dor abdominal (97%), a intolerância a alimentos gordurosos (65%) e os vômitos (54%) foram as manifestações clínicas mais freqüentes.
- 4- A colecistectomia precoce (entre o 2º e o 18º dias de internação) parece ser a conduta de eleição em nosso meio nas colecistites agudas, a qual associou-se a taxas de morbidade relativamente altas.
- 5- A antibioticoterapia profilática não reduziu o número de complicações infecciosas, ao contrário, esteve relacionada a uma maior taxa de infecções pós-operatórias.
- 6- A maioria dos pacientes era portadora de colecistite crônica (82%), enquanto que 15,9% tinha colecistite aguda.
- 7- Os métodos de imagem utilizados, dos quais o ultrason foi o mais requerido, parecem ter contribuído para a alta precisão do diagnóstico pré-operatório.
- 8- As incisões verticais (Lennander e mediana supra-umbilical) foram as mais utilizadas.

- 9- A taxa de explorações cirúrgicas do colédoco (27,6%) esteve de acordo com a literatura.
- 10- Colangiografias transoperatórias foram realizadas em larga escala (71%), com um pequeno percentual de positividade para cálculos.
- 11- Dos acidentes transoperatórios, apenas a laceração da serosa do cólon e do duodeno associou-se a complicações.
- 12- A coledocostomia foi o procedimento mais comumente associado às colecistectomias (16,5%),
- 13- A drenagem do quadrante superior direito com Penroses foi utilizada rotineiramente nesta série.
- 14- A incidência geral de complicações foi de 12,26%, sendo as infecções da ferida operatória as mais freqüentes.
- 15- Estudos prospectivos utilizando grupos-controle são necessários para reavaliar algumas condutas controvertidas já expostas e assim, estabelecer rotinas que se adaptem às condições de nosso meio.

VII. ABSTRACT

In a retrospective study 163 patients with a primary diagnosis of acute cholecistitis or chronic cholecistitis (98 %) were analysed, most of them with an average 50 years old age. Their hospital stay was related to age and performance of common duct exploration.

The incidence of infectious complications was not reduced when prophylactic antibiotics were used.

Abdominal pain, fatty food intolerance and vomiting were the most frequent symptoms. The most frequent test used for diagnosing was the ultrasound examination.

Vertical incisions were performed in majority of cases and common bile duct exploration was carried out on almost 1/3 of patients. Intraoperative cholangiograms were performed on 71% of cases.

The complications rate were 12,2% overall. There were no deaths.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- ANDRÉN-SANDBERG, A. et al. Accidental Lesions of the Common Bile Duct at Cholecystectomy. Ann. Surg., 201 (3): 328-332 , 1985.
- 2- BARDENHEIER, J.A. et al. Pancreatitis after Biliary Tract Surgery. Am. J. Surg., 116: 773 - 76, nov., 1968.
- 3- BEAL, J. M. The Surgeon's Library: Historical Perspective of Gallstone Disease. Surg. Gynecol. Obstet., 158: 181 - 189 , Feb., 1984.
- 4- DANI, R. & CASTRO, L. P. Litíase Biliar. In:—. Gastroenterología Clínica. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981. v. 2, cap. 63, p. 947 - 964.
- 5- GANEY, J. B. et al. Cholecystectomy: Clinical Experience With a Large Series. Am. J. Surg., 151: 352 - 357, Mar., 1986.
- 6- GARIBALDI, R. A. et al. Post Cholecystectomy Wound Infection. Ann. Surg., 204 (6): 650 - 654, 1986.
- 7- GLENN, F. Retained Calculi Within the Biliary Duct System., Am Surg. , 179: 528 - 534, 1974.
- 8- GLENN, F. Complicaciones Consecutivas A Cirugía de Vías Biliares. In: Artz, C. P. & Hardy, J. D. Complicaciones en Cirugía y su Tratamiento. 3 ed. México, Interamericana, 1975. p. 503 - 533.

- 9- HENRY, M. L. & CAREY, L. C. Complications of Cholecystectomy.
Surg. Clin. North Am., 63 (6): 1191 - 1204, Dez., 1983.

- 10- LEWIS, R. T. et al. Biliary Bacteria, Antibiotic Use, and
Wound Infection in Surgery of the Gallbladder and Common
Bile Duct. Arch. Surg., 122: 44 - 47, Jan., 1987.

- 11- MAHORNER, H. & BEAN, W. J. Removal of a Residual Stone From
the Common Bile Duct Without Surgery. Ann. Surg., 173 (6):
857 - 860, 1971.

- 12- MALET, P. F. Diseases of the Gallbladder and Bile Ducts. In:
Wyngaarden, J. B. & Smith Jr., L. H. Cecil-Textbook of
Medicine. 17 ed. Igaku-Shoin/Sauders, 1985. cap. 129 p.851.

- 13- PAULINO, F. Cirurgia das Vias Biliares - temas escolhidos .
Rio de Janeiro, Atheneu, 1981. Cap. 3.

- 14- PICKLEMAN, J. R. Cirurgia da Árvore Biliar. Clín. Cir. Amér.
Norte, (4): 1221 - 34, Dez., 1977.

- 15- PINOTTI, H. V. et al. Sutura Primária do Colédoco. In:____ .
Atualização Cirúrgica. Manole, 1975. v. 5, p. 349 - 357.

- 16- REYNOLDS, B. M. Immediate Effects of Instrumental Dilatation
of the Ampulla of Vater. Ann. Surg., 164: 271 - 274, 1966.

- 17- SCHWARTZ, S. I. Vesícula Biliar e Sistema Biliar Extra-Hepá-
tico. In:____; Princípios de Cirurgia. 4 ed. Rio de Janei-
ro, Guanabara Koogan, 1984. v. 2, Cap. 31, p. 1452 - 93.

- 18- SPERANZINI, M. B. Complicações e Seqüelas da Cirurgia da Colodocolitíase. In: SIMPÓSIOS DE CIRURGIA, São Paulo, 1966. p. 105 - 8.
- 19- STUBBS, R. S. Wound Infection After Cholecystectomy: A Case for a Routine Profilaxis. Ann. R. Coll. Surg. Engl., 65 : 30 - 31, 1983.
- 20- WAY, L. W. Biliary Tract. In:____. Current - Surgical Diagnosis & Treatment. 8 ed. A Lange Medical Book, 1988. cap. 27 p. 487 - 516.
- 21- WILSON, T. G. et al. Is Operative Colangiography Always Necessary? Br. J. Surg., 73: 637 - 640, 1986.

**TCC
UFSC
CC
0134**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0134

Autor: Coelho, Luiz Henri

Título: Colecistectomia eletiva : análi



972802155

Ac. 252963

Ex.1 UFSC BSCCSM